

دیدگاه دانشجویان رشته‌ی کاردرمانی درباره اولین ترم آموزش بالینی

مهدی رضائی^{۱،۲}، حمیدرضا خانکه^۳، مهدی رصافیانی^۴، محمد علی حسینی^۵

نویسنده مسوول: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

m.rassafiani@uswr.ac.ir

دریافت: ۹۱/۱۱/۱۸ پذیرش: ۹۲/۷/۱

چکیده

زمینه و هدف: آموزش بالینی یکی از اجزای مهم و اساسی از برنامه آموزشی کاردرمانی است. با توجه به اهمیت نحوه‌ی شروع و برگزاری اولین کلینیک آموزشی، این مطالعه در پی بررسی تجربیات دانشجویان کاردرمانی در اولین کارآموزی بالینی است.

روش بررسی: با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، ۱۴ دانشجوی کاردرمانی دانشگاه‌های علوم بهزیستی و علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی که اولین ترم آموزش بالینی را سپری کرده بودند، انتخاب و از آن‌ها مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته به عمل آمد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آنالیز محتوای گرنهایم استفاده شد.

یافته‌ها: با تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها کدهای اولیه استخراج گردید. این کدها در طی فرآیند تجزیه و تحلیل به سه مفهوم اصلی شامل: مربی و آموزش بالینی، برنامه‌ی آموزشی و محیط آموزشی تقسیم و مفاهیم فرعی شامل اهمیت جلسات ابتدایی، تجربه ارتباط با مربی، نیاز به نظارت و فیدبک صحیح، نحوه‌ی تشکیل پرونده و گزارش نویسی، لکچر به‌عنوان استراتژی آموزشی، تنوع در ارزیابی عملکرد دانشجو، شکاف بین آموزش نظری و آموزش بالینی، مشاهده بالینی واحدی کم اثر، نقش برنامه ریزی، پرسنل بعنوان عوامل تاثیر گذار و ویژگی‌های مرکز و ساختار فیزیکی دسته بندی شدند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که دانشجویان کاردرمانی تجربه خوشایندی از اولین حضور خود در آموزش بالینی نداشته و با مشکلاتی روبرو بودند. لذا ضروری به‌نظر می‌رسد مسوولین در برنامه‌ریزی‌های آموزشی برای رفع این مشکلات به منظور تحقق بیشتر اهداف آموزش بالینی کاردرمانی تلاش بیشتری به کار بندند.

واژه‌های کلیدی: آموزش بالینی، دانشجوی کاردرمانی، تحقیق کیفی

مقدمه

تجربه‌ی آموزش بالینی یکی از اجزای لازم از برنامه‌ی آموزشی مصوب برای کاردرمانی است اما در مقایسه با سایر قسمت‌های برنامه آموزشی توجه کمتری به آن می‌شود (۱). آموزش بالینی برای رشد و توسعه‌ی حرفه‌ای دانشجویان کاردرمانی ضروری است (۲). هدف این آموزش توسعه صلاحیت دانشجویان جهت انجام تمرینات بالینی و مجهز

۱- دانشجوی دکترای کاردرمانی، گروه آموزشی کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

۲- گروه آموزش کاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

۳- دکترای تخصصی پرستاری، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

۴- دکترای تخصصی کاردرمانی، گروه آموزشی کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

۵- دکترای تخصصی مدیریت آموزش عالی، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

درمان را بهبود بخشند و مربیان بالینی متدهای بهتری را برای ارایه بازخورد به دانشجویان اتخاذ نمایند (۱۴). مایرز نشان داد که دانشجویان و مربیان که هر کدام لیست متفاوتی را برای ویژگی‌های یک محیط ایده‌آل بالینی ارایه می‌دهند (۱۵). در کشف اهداف سطح یک آموزش بالینی در میان دانشجویان، مربیان و اعضای آموزشی دانشگاه، سوین هارت و مایرز دریافتند که ارتباط و یا عدم ارتباط بین این قسمت‌ها وابسته به اختلافاتی است که در میان آن‌ها از نظر درک از اهداف وجود دارد (۱۶). تامپسون و رایان در یک تحقیق کیفی به بررسی تأثیرات آموزش بالینی بر دانشجویان پرداختند. آن‌ها در تحقیق خود به چهار موضوع اصلی درمانگران، محیط، مراجعین و زمان دست یافتند. به اعتقاد آن‌ها در طی روزهای اولیه تجربه بالینی به‌خصوص در اولین مکان آموزشی، درمانگران و محیط بیشترین تأثیر را بروی دانشجویان دارند و بعد از این دو عامل تأثیر مراجعین بر دانشجویان بیشتر از زمان است (۱۷). مول هالند و دردال معتقدند که مربیان نیاز به دانش بیشتری در رابطه با آموزش بالینی دارند و بایستی قبل از رسیدن دانشجو آماده شوند. همچنین دانشجویان نیز نیازمند آمادگی بیشتر آکادمیک قبل از ورود به کلینیک هستند و لازم است که اهداف و انتظارات آموزش بالینی برای آن‌ها واضح و روشن باشد (۱۸).

برنامه‌ی آموزشی کاردرمانی ایران در سال ۲۰۰۶ مورد تصویب فدراسیون جهانی کاردرمانی قرار گرفت (۱۹). بر اساس این برنامه، دانشجویان می‌بایست در طول تحصیل مقطع کارشناسی حداقل ۱۰۰۰ ساعت کارآموزی بالینی داشته باشند. در حال حاضر دانشجویان پس از گذراندن واحدهای نظری و واحد مشاهده بالینی می‌بایست از ترم ششم کارآموزش خود را در یکی از مراکز مرتبط با اختلالات روانپزشکی کودکان یا بزرگسالان آغاز نمایند. کارآموزی‌های بالینی در مراکز توانبخشی، بیمارستان‌ها یا کلینیک‌های تحت نظارت دانشگاه‌ها ارایه می‌شود (۲۰). از آنجا که آموزش

شدن آن‌ها به دانش و مهارت‌های خاص مورد نیاز برای احراز صلاحیت در فعالیت‌های حرفه‌ای و درمان بیماران است (۳). آموزش بالینی پلی است بین آموزش کلاسی (نظری) و مراکز ارایه‌ی خدمات (۴) که فرصتی را برای دانشجویان فراهم می‌کند تا بتوانند از طریق کاربرد دانش در یک مرکز بالینی کنترل شده درک خود را از آموزش نظری نشان دهند (۵). به علاوه بتوانند دانش نظری خود را با کاربرد مهارت‌هایی در سطوح بالاتر عمل‌کرد، یکپارچه نمایند (۶). ویژگی‌های بی‌نظیر محیط آموزش بالینی تامین‌کننده‌ی شرایطی است که دانشجو می‌تواند مهارت‌های مختلفی را یاد گرفته و توسعه دهد. این مهارت‌ها را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: مهارت‌های اصلی (تکنیک‌هایی که برای درمان ضروری هستند) و مهارت‌های فردی که دانشجو به‌واسطه آن‌ها می‌تواند رفتار حرفه‌ای را توسعه دهد (۷). در طی آموزش بالینی دانشجو می‌تواند توانایی‌های حل مساله را در خود توسعه و مهارت‌های استدلال بالینی را نیز بهبود بخشد (۸ و ۹) و همچنین تشویق گردد تا آن‌ها را در مداخلات نشان دهد (۱۰). اما این آموزش بالینی و انتقال از محیط یادگیری کلاسی به یک مرکز بالینی می‌تواند استرس‌زا هم باشد (۱۱) و این استرس می‌تواند کارایی دانشجو در کلینیک را کاهش دهد. متغیرهایی زیادی در بروز آن دخالت دارند که باید شناسایی شوند. برخی از محققین معتقدند که هدایت مناسب دانشجو در طی آموزش بالینی ضروری است تا استرس کاهش یافته و دانشجو آمادگی مقابله و سازگاری را کسب نماید (۱۱، ۱۲ و ۱۳). شکل‌گیری یک تجربه‌ی موفقیت‌آمیز بالینی نیازمند مشارکت و همکاری بین مراکز دانشگاهی و بالینی است (۱۳). از اینرو اهمیت پرداختن به مسایل و مشکلات این حیطه و درک تجارب افراد درگیر در آن بخوبی روشن می‌شود.

در میان محققینی که روی کشف تجربیات آموزش بالینی در کاردرمانی کار کرده‌اند، کاترمن اعتقاد داشت که مربیان دانشگاهی می‌بایست یکپارچگی دروس نظری با برنامه ریزی

بالینی بستگی به بستر آموزشی داشته و پدیده ای ذهنی است و در کشور ما مطالعات بسیار کمی در زمینه‌ی آموزش بالینی کاردرمانی صورت گرفته است و با توجه به اهمیت اولین کارآموزی، پژوهشگران تصمیم گرفتند تجارب دانشجویان کاردرمانی را از اولین کارآموزی بالینی از طریق یک رویکرد کیفی مورد مطالعه قرار دهند تا بدین ترتیب ضمن آشکار شدن مفاهیم مربوط به ویژگی‌های آموزش بالینی با توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی و آموزشی در محیط‌های آموزشی کاردرمانی، تصویری واضح از این پدیده استخراج و برخی از اولویت‌های پژوهش‌های آتی در این زمینه نیز آشکار گردد.

روش بررسی

این مطالعه که بخشی از پایان‌نامه‌ی دکترای با عنوان "تبیین فرآیند آموزش بالینی در کاردرمانی" می‌باشد، پژوهشی کیفی و از نوع تحلیل محتوا است. روش تحلیل محتوا یک شیوه‌ی تحقیقی عینی و سیستماتیک برای توصیف و تشریح پدیده است (۲۱). این روش به محقق اجازه می‌دهد تا با تجزیه و تحلیل اطلاعات، موضوعات تئوریک را آزمون نموده و درک خود را از آنها افزایش دهد (۲۲). جامعه‌ی پژوهش حاضر شامل دانشجویانی است که مستقیماً پدیده (اولین کارآموزی بالینی) را تجربه کرده بودند. شرکت‌کنندگان در مطالعه ۱۴ دانشجوی کاردرمانی در مقطع کارشناسی (۸ دختر و ۶ پسر با میانگین سنی ۲۲/۲۵) که به‌صورت هدفمند از بین دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و تهران و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی انتخاب گردیدند. این دانشگاه‌ها در تهران واقع شده‌اند و از جمله اولین دانشگاه‌ها در آموزش کاردرمانی ایران هستند. ملاک انتخاب دانشجویان داشتن تمایل به شرکت در مطالعه و توان بیان تجربیاتشان بود. اطلاعات از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته و در مکانی به انتخاب خود افراد شرکت‌کننده جمع‌آوری گردید. بدین ترتیب که ابتدا سوالاتی در مورد اطلاعات فردی و سابقه‌ی

کاری مطرح و سپس با سوالات اصلی تحقیق نظیر: تجربه شما از اولین کلینیک آموزشی چیست؟ چه مشکلاتی را در اولین آموزش بالینی تجربه کردید؟ ادامه می‌یافت. سوالات کلی فقط به عنوان راهنمای مصاحبه طراحی شده بود که پاسخ‌های باز و تفسیری را به‌همراه داشت و پاسخ شرکت‌کنندگان روند مصاحبه و سوالات را هدایت می‌کرد.

مدت انجام مصاحبه‌ها بین ۲۰ تا ۴۵ دقیقه بود. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها بر اساس رویکرد تحلیل محتوی گرنهیم صورت گرفت (۲۳). در این روش با چندین بار گوش دادن به مصاحبه‌ها واحد‌های معنایی در متن‌ها مشخص شده و پس از آن واحدهای معنایی خلاصه شده و کدها استخراج می‌گردند. سپس با توجه به تشابهات و تفاوت‌های کدها زیر طبقات و طبقات شکل می‌گیرند. در مطالعه هنگامی نمونه‌گیری به اتمام رسید که اشباع اطلاعات حاصل شد، به این معنی که ادامه مصاحبه و گردآوری اطلاعات، داده‌ها و کدهای جدید را به دنبال نداشت.

برای اطمینان از اعتبار داده‌ها از روش‌های مختلفی نظیر اختصاص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و حسن ارتباط با شرکت‌کنندگان و انجام مصاحبه در مکان مناسب با انتخاب شرکت‌کننده استفاده شد. همچنین متن‌های استخراج شده مجدداً به شرکت‌کنندگان برگردانده شد و مورد تایید قرار گرفت (Member Check). علاوه بر آن، از بازنگری توسط فرد متخصص نیز استفاده گردید. به این صورت که یافته‌ها، آنالیز و نتیجه‌گیری در اختیار محقق دیگری که هم با کارآموزی و هم تحقیق کیفی آشنا بود، قرارگرفت و فرایند کار تایید شد (Expert Check).

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، در پژوهش هدف از انجام تحقیق برای کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش توضیح داده شد. فرم رضایت آگاهانه توسط آن‌ها تکمیل و اجازه‌ی ضبط و استفاده از اطلاعات بدون ذکر نام کسب گردید. در پایان هر مصاحبه بر محرمانه بودن اطلاعات تاکید شده و به افراد

اطمینان داده شد که صداهای ضبط شده پس از تحقیق پاک خواهند شد. کلیه مراحل استخراج و کد گذاری داده ها به صورت محرمانه انجام گرفت. شرکت کنندگان می توانستند در هر مرحله از تحقیق از ادامه ی همکاری انصراف دهند.

یافته ها

در این مطالعه مفاهیم مربی و آموزش بالینی، محیط آموزشی و برنامه ی آموزشی به عنوان عوامل اصلی تاثیر گذار بر تجربه ی آموزش بالینی دانشجویان کاردرمانی استخراج گردید. در جدول زیر، مفاهیم فرعی هر کدام از مفاهیم ارایه شده است.

الف) مربی و آموزش بالینی

- اهمیت جلسات ابتدایی

در جلسات ابتدایی اگرچه بعضی از دانشجویان به توجیه شدن توسط مربی و معرفی فعالیت ها توسط وی اشاره نمودند، اما برخی دیگر احساساتی نظیر اضطراب، گيجی و ترس را در این جلسات تجربه نمودند و معتقد بودند که حمایت کافی از مربی دریافت نکرده اند.

“خب به نظر من هر کاری رو که می خواهید شروع کنید چون تجربه نداری به نظر من اولش ترس داری، و کلینیک X هم همین احساسو در من ایجاد کرده بود که می خوام برم تو تصوراتم با بیماری که هذیان داره چی کار کنم چجوری برخورد کنم حالا اگه برخورد شدید کرد، خب خیلی ترس داشتم ولی بعدش که دیدم مربی هم خودش اصلا بی خیاله و بیماران پرخاشگر اونقدر هم که تو کتابا خونديم نيستن نه ديگه خیلی عادی شد” (شرکت کننده ۵).

“... سخت بود اینکه با بیمار چجوری صحبت کنیم ولی خوب مجبورمون کردن تو اون شرایط قرار بگیریم با اینکه قبلش اصلا هیچ توضیحی ندادند که مثلا با این روش باید ارزیابی بشه بیمار، اینارو نگفتن تو جلسه اول ما رو فرستادن گفتن مثلا این

بیمار برای شماست” (شرکت کننده ۲).

- تجربه ارتباط با مربی

در این زمینه برخی ارتباط خوب و صمیمانه را تجربه نموده و برخی دیگر بر لزوم آن تاکید داشته و به برخورد سلسله مراتبی مربی و یا صمیمیت بیش از حد وی اشاره نمودند.

“شاید بهتر باشه مربی ها صمیمیتشون یه حالت کنترل شده ای داشته باشه یعنی یه موقع هایی صمیمت بین دانشجو و مربی بیش از حد میشه جوری که دیگه رابطه مربی و دانشجو به نظر نیمايد بیشتر از رابطه ی دو تا دوست به نظر میاد و این خیلی موقع ها می تونه خلل ایجاد کنه” (شرکت کننده ۱).

“درستکه مربی سطحش بالاتر از دانشجوست، ولی تو اون مواقعی که می خواد با دانشجو برخورد کنه بهتره که اون قسمتها رو کنار بگذاره. در حد خود دانشجو رفتار کنه یعنی رفتار دوستانه و رفتار خودمانی بیشتر داشته باشه” (شرکت کننده ۶).

نیاز به نظارت و بازخورد صحیح

در زمینه ی نظارت و دریافت آموزش بالینی شرکت کنندگان تجارب متفاوتی داشتند از نظارت مستمر و حمایت درست تا عدم دریافت نظارت و احساس رها شدن در کلینیک.

“... استادمون توی کلینیک متال خیلی اینطوری نبودند که بخواهند دخالت کنند توی کار ما یا بالا سرمون وایسند یعنی خودمون باید همه چی رو تجربه می کردیم اولش خیلی سخت بود منم خب سوادم به اون اندازه ی بالینی نبود” (شرکت کننده ۳).

“چیزی که فکر می کنم باید اضافه می کردم این بود که در طول ترم ارزیابی نمی شدیم. یعنی که استاد بهمون بگه که خوب کار می کنی یا بد کار می کنی” (شرکت کننده ۳).

برخی از شرکت کنندگان به بازخورد دادن مربیان به دانشجو در حضور بیمار و تاثیر منفی آن اشاره داشتند.

“مهم ترین موضوعی که توی این کلینیک به نظرم اومد اینکه

کاربردی نبودن، نداشتن ساختار زمانی درست، دسترسی نداشتن به منابع کافی برای لکچرها اشاره نمودند.

“اگه من مربی باشم موضوعات لکچرو از همون اول مشخص می کنم تا بچه ها زمان داشته باشن لکچری خوب و بالینی ارایه بدن و بیشتر دوست دارم گروهی باشه” (شرکت کننده ۷)

“لکچرها راستش فکر می کردم خیلی علمی نیستند. یعنی مثلاً اگه راجع به پرخاشگری و لجبازی بود من دلم می خواست بعنوان یه کاردرمانگر بیشتر چیزی بفهمم که پدر و مادر اون بچه می رن توی اینترنت پیدا می کنن. ولی حس می کنم که اصلاً اینطوری نبود” (شرکت کننده ۳).

– تنوع در ارزیابی عملکرد دانشجوی

نگرش منفی نسبت به امتحان پیش کلینیک، ترجیح دادن امتحان کتبی یا شفاهی توسط برخی از شرکت کنندگان، تمایل ارزیابی شدن تنها توسط مربی کلینیک از جمله مواردی است که شرکت کنندگان به آن‌ها اشاره کردند.

“در کلینیک روان کودک یه استادی بود که اصلاً با ما کلینیک نداشت و این کارو سخت می کرد اصلاً نمی دونستن چی بپرسن بیشتر تئوری می پرسیدن همون چیزهایی رو که قبلاً امتحان داده بودیم دوباره باید امتحان می دادیم بجز اون سووال‌هایی که استاد خودمون ازمون می پرسید خوب بود. استاد‌های دیگه چون کار ما رو ندیده بودن case های ما رو ندیده بودن تئوری می پرسیدن” (شرکت کننده ۷).

ب) برنامه‌ی آموزشی

– شکاف بین آموزش نظری و آموزش بالینی

جوابگو نبودن، کاربردی نبودن و ناکافی بودن واحدهای تئوری، فاصله بین واحدهای تئوری و آموزش بالینی و لزوم بازنگری بر محتوی و ساختار زمانی واحدهای نظری از مهمترین مواردی بود که شرکت کنندگان در مصاحبه ها به آن‌ها اشاره نمودند.

“واحدهای تئوری ما نباید تئوری باشن باید عملی باشن، ما

جلوی خانواده جلوی بیمار اون ایرادات و اشکالاتی کاری دانشجو مطرح نشه آخه اعتماد خانواده از بین میره ... خانواده ها همین جوری از قبل ذهنیت خوبی از کار دانشجوها ندارند وقتی هم که مربی همچین فیدبکی بده خیلی تشدید می شه این مسئله ” (شرکت کننده ۱).

لزوم همراهی مربی با دانشجو در اجرای مداخله درمانی برای اولین بیمار و حضور مداوم مربی در کلینیک موضوعاتی بود که در مصاحبه ها به آنها اشاره شده بود.

“اینکه همون روز اولی که دانشجو یی کارورز میشه اگه اون روز اول اون مربی بالای سرش باشه که اون تایم رو باهم دیگه اون case رو ببینن در حین کار قشنگ مثلاً موارد رو بهش آموزش بده، خیلی بهتر میشه تا اینکه مثلاً فرض نگهداری بهش سر بزنین، بهتره که حضور دائم داشته باشه. یعنی همزمان بهتره که با هم اونو ببینن مریضو با هم ببینن، روشهای درمانی رو روش اجرا بکنن” (شرکت کننده ۶).

– نحوه‌ی تشکیل پرونده و گزارش نویسی

تجارب شرکت کنندگان در این زمینه شامل مواردی نظیر مشخص نبودن فرمت گزارش نویسی، راهنمایی نشدن دانشجو، تکراری شدن گزارش‌ها و جدی نگرفتن گزارش نویسی و تشکیل پرونده می‌شود.

“فقط یه فرمی بود واسه ارزیابی من داشتم جلسه اولی که کیس میومد ارزیابی انجام میدادم گزارش نویسی تو اون که چیزیم نبود که یه چیز درست حسابی باشه” (شرکت کننده ۶).

“فکر می کنم یه وظیفه ای بود که از سرمون باز می کردیم. اگه می شد پشت گوش مینداختیم زمانی هم که قرار بود بنویسیم یه توضیح خیلی کوتاهی می نوشتیم فقط در حد اینکه بگیریم پرونده داریم” (شرکت کننده ۴).

– لکچر به عنوان یک استراتژی آموزشی

شرکت کنندگان همگی بر اهمیت لکچر و لزوم برگزاری آن به صورت گروهی تاکید داشتند و به مشکلاتی نظیر علمی و

ما که می‌ریم **Observe** می‌کنیم ما هم ممکنه اون مشکلاتشو همین جوری پشت سر هم یاد بگیریم “(شرکت کننده ۶)

- نقش برنامه ریزی

دیر شروع شدن کلینیک‌های آموزشی، تفاوت در بین کلینیک‌ها در زمینه‌ی آموزش بالینی، کم بودن زمان برای مداخله روی مهارت‌های زندگی و گزینش نادرست مربیان کم تجربه برای اولین کلینیک موارد مهمی است که در این زیر طبقه قرار می‌گیرد.

“این چیدمان کلینیک‌ها خیلی خوبه اما زمان خیلی دیره همون چیزی که اول گفتم اگه مثل سال‌های قبل از ترم ۵ کلینیک‌ها شروع بشه خیلی بهتره چون فاصله با ترم ۴ کمه و بچه‌ها خیلی چیزها یادشونه و راحت می‌تونن مرور کنن و ترم‌های آخر خیلی فشار کمتر می‌شه الان ما خیلی فشار رومون هست هر روز تا ساعت ۲ باید تو کلینیک باشیم” (شرکت کننده ۷).

با توجه به اهمیت نقش مربی در اولین کارآموزی بالینی برخی از شرکت کنندگان علاقمند به حضور مربی قاطع و با تجربه در اولین کلینیک بودند.

“دوست دارم مربیم خیلی با تجربه باشه تا بتونه یاد بده، چون کاردرمانی هم بخاطر خود رشته یه خورده مشکلات داره بخاطر همین می‌خواهیم دفعه اول که می‌ریم با یه مربی باشیم که خیلی محکم باشه رشته شو خیلی قبول داشته باشه تا بتونه مانور بده توی رشته اش” (شرکت کننده ۲).

ج) محیط آموزشی

- پرسنل به‌عنوان عوامل تاثیر گذار

مهم‌ترین تجارب شرکت کنندگان تداخل کار کاردرمانگران مقیم مرکز، نگرش نادرست و ارجاع نامناسب بیماران، احترام نگذاشتن پرسنل و در نظر نگرفتن کاردرمانی در تیم درمانی بود که بیشتر در مراکز خارج از دانشکده و در بیمارستان‌ها تجربه شده بود.

مثلا جامعه شناسی گذروندیم و اینا خیلی دبیرستانی بودند الان بپرسید من یادم نمیداد که چی گذروندیم حالا یه سری از درس‌ها مثل عقب ماندگی ذهنی و روان پزشکی و اینا خوب بودند ولی یه سری هاشون واقعا به درد نخوردند” (شرکت کننده ۳).

“آخه می‌دونی تئوری مون گذشته بود رفته بود یعنی اینجوری نبود که اگه من خودم احساس می‌کردم همون موقع دوست دارم تئوری هم می‌خوندم در کنارش حالا یه **Observe** ای هم از بیمارستانا داشته باشم احساس می‌کنم که ترم پیش واسه بچه‌ها این جوری بود یعنی در کنارش که روان پزشکی می‌خوندن **Observe** هم می‌کردن اونجوری خیلی بهتره چون همزمان داری می‌خونی و بیمار می‌بینی” (شرکت کننده ۵).

- مشاهده‌ی بالینی واحدی کم اثر

مشاهده‌ی بالینی واحدی است که دانشجویان کاردرمانی قبل از شروع اولین کلینیک آن را می‌گذرانند. هدف این واحد آشنایی دانشجو با محیط کارآموزی و ایجاد آمادگی در دانشجو است. شرکت کنندگان به تجارب خود از این واحد پرداختند و به مواردی چون موثر نبودن، غیر فعال بودن و نادیده گرفته شدن دانشجو، اهمیت ندادن مربیان و لزوم بازنگری واحد مشاهده بالینی از نظر سازماندهی زمانی و نحوه اجرا اشاره نمودند.

“واحد **Observe** مون که می‌رفتیم یه نگاهی می‌کردیم و برمی‌گشتیم. آخه مثلا وقتی ما می‌رفتیم **Observe**، من خودم **Observe** کلینیک متال یادمه که کارورزایی که اونجا بودن سال بالایی‌های ما بودن، بعد چون همین مشکلی که الان خودم گفتم بعنوان یه **Observe** داشتم اونا هم همین مشکلو داشتن، که مثلا زیاد اطلاعات چندانی نداشتن بعد ما رفتیم **Observe** کنیم ممکنه که حالا برفرض مثال دانشجویی که اطلاعات چندانی نداره کارورزای ما هستن، کارشونم زیاد درست نباشه بعضی وقتها ممکنه که یه مشکلی داشته باشه بعد

“بعضی اوقات اصلاً بیمار Order نداشت بعد سرپرستار می- گفتش اینو توی بخش کاردرمانی نبر توی بخش خراب کاری میشه ولی پرستارای دیگه بخاطر راحتی خودشون می گفتن شما اینو ببرین چون نمی تونستن ساکتش کنن” (شرکت کننده ۴).

“ما Team Work ندیدیم ما خیلی گوشه تر از اون Team Work بودیم یعنی ارزش پرستار شاید تو بخش روان خیلی بیشتر از ما باشه جوش اینطوریه ، اینکه پزشک مثلاً اهمیتی نمیده به کاردرمانی باعث می شه که بیمار ما هم اهمیت ندن” (شرکت کننده ۲).

- ویژگی‌های مرکز و ساختار فیزیکی

کمبود وسایل و تجهیزات، تعداد و تنوع کم بیمار در مراکز، تفاوت در شیوه های کارآموزی بین مراکز داخل و خارج از دانشکده و نبودن غربالگری و ارجاع نامناسب بیماران مهم‌ترین مواردی بودند که شرکت کنندگان بیان داشتند.

“ واقعا امکانات خیلی کمی بود می‌تونم بگم هیچ چی نبود یعنی مثلاً هر کی رد می شد می تونست بگه مثلاً این وسایل کاردستی که می شه گفت توی یه مهد کودک هم اینا بودش ، این وسایل کمه برای کار تو بخش روان ” (شرکت کننده ۲).

جدول ۱: مفاهیم و زیر طبقات استخراج شده

مفاهیم اصلی	مفاهیم فرعی
مربی و آموزش بالینی	<ul style="list-style-type: none"> - اهمیت جلسات ابتدایی - تجربه ارتباط با مربی - نیاز به نظارت و بازخورد صحیح - نحوه تشکیل پرونده و گزارش نویسی - لکچر بعنوان استراتژی آموزشی - تنوع در ارزیابی عملکرد دانشجو
برنامه‌ی آموزشی	<ul style="list-style-type: none"> - شکاف بین آموزش نظری و آموزش بالینی - مشاهده بالینی واحدی کم اثر - نقش برنامه ریزی
محیط آموزشی	<ul style="list-style-type: none"> - پرسنل بعنوان عوامل تاثیر گذار - ویژگیهای مرکز و ساختار فیزیکی

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که دانشجویان در اولین حضور خود در کلینیک‌های آموزشی با مشکلاتی در زمینه‌های مربی، برنامه آموزشی و محیط آموزشی روبرو بوده اند. آنها در شروع آموزش بالینی احساس ترس و عدم آمادگی را تجربه نموده‌اند. اگرچه تحقیقات نشان داده است که شروع آموزش بالینی و انتقال دانشجو از آموزش نظری به محیط‌های کلینیکی با

استرس همراه است (۱۳ و ۱۱)، لکن دانشجویان معتقدند که آگاهی از برنامه‌ها و انتظارات در شروع کارآموزی، انجام ارزیابی و مداخله توسط مربی در شروع آموزش بالینی، مرور مطالب تئوریک در ابتدای کارآموزی، آشنا شدن با محیط کلینیک و ملاحظات ارتباطی در جلسه‌ی اول و همچنین راهنمایی و همراهی مربی می‌تواند به آنها در کنترل این احساسات کمک نماید. با توجه به اینکه اولین کلینیک

نکته که شیوه‌ی اراییه‌ی فیدبک به نقش آن‌ها در نزد بیمار یا خانواده بیمار لطمه نزند.

از آنجا که در اولین تجربه کلینیکی، دانشجویان برای نخستین بار با نقش حرفه‌ای کاردرمانی در مراکز بالینی روبرو می‌شوند، شرکت کنندگان بر لزوم به‌کارگیری مربیان با تجربه و قاطع در اولین کلینیک تاکید داشتند. ممکن است دلیل این درخواست تفاوت میان مربیان تازه کار و با تجربه از نظر شیوه‌ی نظارتی و آموزشی باشد. به‌طوری‌که کریستی و همکارانش در تحقیق خود دریافتند که مربیان تازه کار غیر منعطف بوده و کمتر به نیازهای دانشجویان توجه می‌کنند و مربیان با تجربه انعطاف بیشتری داشته و بنظر می‌رسد این موضوع باعث افزایش اعتماد بنفس آن‌ها و توجه بیشتر به دانشجویان می‌شود (۱۲). اگرچه در پروسه‌ی آموزش بالینی هدف مستقل کردن دانشجو در کاربالینی با بیمار و بالا بردن آمادگی حرفه‌ای است اما یافته‌ها حاکی از اختلاف در بین مربیان در شیوه‌ی آموزش و ایجاد استقلال بود. به‌طوری‌که در برخی از کلینیک‌ها مربیان به صورت تدریجی استقلال را ایجاد می‌کردند و در برخی موارد دانشجویان تجربه‌ای از رها شدن و عدم نظارت و همراهی را داشتند که باعث شده بود آن‌ها سریع‌تر به سمت مستقل شدن حرکت نمایند. این موضوع می‌تواند با آمادگی مربی برای آموزش بالینی در ارتباط باشد. در تحقیقی کیفی دانشجویان بیان داشتند که مربیان نیاز به دانش بیشتر درباره آموزش بالینی داشته و بایستی قبل از شروع کلینیک آمادگی لازم را کسب نمایند (۱۸).

تشکیل پرونده و گزارش نویسی از جمله وظایف دانشجویان در کلینیک‌های کاردرمانی است. بررسی یافته‌ها در این زمینه حاکی از انگیزه کم دانشجویان برای انجام این وظایف بود که آن‌ها دلایل این موضوع را نبود یک شیوه علمی و مشخص، توجه نشدن به گزارش‌ها از سوی کاردرمانگران و سایر اعضای تیم درمان شاغل در کلینیک، تکرار شدن گزارش‌ها و

دانشجویان در یکی از حیطه‌های اختلالات روانپزشکی کودکان و یا مراکز سلامت روان بزرگسالان انجام می‌شود، بیشترین مشکلات بیان شده در رابطه با مراکز سلامت روان بود. تحقیقات نشان داده که مراکز سلامت روان با مشکلات خاص (۱۷) و ترس بیشتری برای دانشجویان همراه است و دانشجویان نگرش مثبتی نسبت به بیمارانی با اختلالات روانپزشکی ندارند (۲۵ و ۲۴). اما مشخص گردیده که مربی به عنوان یک مدل می‌تواند مهم‌ترین نقش را در کاهش استرس دانشجو ایفا نماید (۲۶). بنابراین ضروری است تا نیازهای خاص این مراکز جهت آمادگی هرچه بیشتر دانشجو و مربی در سرفصل‌های آموزش رشته کاردرمانی لحاظ گردد.

نقش مربی و ارتباط وی با دانشجو در کلینیک بر روند آموزش بالینی بسیار مهم و تاثیر گذار است. به‌طوری‌که ارتباط خوب تامین کننده یک حمایت واقعی برای دانشجو بوده و ترس وی را کاهش می‌دهد (۱۷). در این زمینه یافته‌ها نشان دهنده‌ی نگرانی برخی از شرکت کنندگان از ارتباط نامناسب مربیان با دانشجویان بود، ارتباطی که می‌توانست از یک نگاه سلسله مراتبی تا صمیمیت بیش از حد متغیر باشد. با این وجود تمامی شرکت کنندگان اعتقاد به لزوم برقراری رابطه‌ای دوستانه و صمیمی بین مربی و دانشجو داشتند.

شواهد نشان داده که نظارت مهم‌ترین نقش را در آموزش بالینی دارد (۱). کاتزمن معتقد است دانشجویان در کار بالینی به دنبال رشد حرفه‌ای هستند و ترجیح می‌دهند در رابطه با عملکردشان در تمام زمینه‌ها فیدبک دریافت نمایند (۱۴). شیر بیان می‌کند که از نظر دانشجویان فیدبک ارزشمند است به‌خصوص هنگامی که مثبت و رودرو باشد (۲۷) یافته‌های تحقیق ما نیز نشان داد که دانشجویان خواستار حمایت درست و حضور مداوم مربی در هنگام کار بالینی هستند و معتقدند که نحوه‌ی اراییه‌ی فیدبک از سوی مربی می‌تواند به صورت غیر مستقیم یا مستقیم با توجه به نوع بیمار صورت گیرد با در نظر گرفتن این

در برخی موارد تاکید نکردن مربی بر نوشتن گزارش می دانستند.

ارایه‌ی موضوعات تئوریک به صورت لکچر شیوه‌ای است که به درک دانشجویان و آمادگی هرچه بیشتر آن‌ها در کلینیک کمک می‌کند. تجارب دانشجویان نشان داد که آن‌ها بر لزوم و اهمیت اجرای لکچرها تاکید دارند. اما معتقدند که لکچرها بایستی موضوعات کاربردی و متنوع داشته باشند و بیشتر بصورت گروهی اجرا گردند. دسترسی محدود دانشجویان به منابع و یا مشخص نشدن منابع توسط مربی مشکلاتی بود که برخی از شرکت کنندگان به آن‌ها اشاره نمودند. یافته‌ی پژوهش ما در زمینه‌ی مشکل دسترسی به منابع موضوعی است که دانشجویان در تحقیق مول هالند نیز بدان اشاره نموده اند (۱۸).

دیگر یافته‌ها نشان داد که برای ارزیابی عملکرد دانشجویان در کلینیک ساختار مشخصی وجود ندارد و شیوه‌ی ارزیابی به اشکال کتبی، شفاهی، گروهی و انفرادی در کلینیک‌ها دیده می‌شود. ترجیحات دانشجویان در این زمینه مختلف بود اما همگی بر این نکته تاکید داشتند که در ارزیابی بایستی بیشتر جنبه‌های عملکردی دانشجو لحاظ شود تا جنبه‌های نظری و یا امتحان پیش کلینیک و همچنین بایستی نحوه‌ی ارزیابی از روز اول مشخص گردد. به نظر می‌رسد نبود یک برنامه‌ی راهنمای مشخص موجب تنوع در شیوه‌های ارزیابی گردیده است.

با توجه به برنامه‌ی مصوب آموزش کاردرمانی در مقطع کارشناسی، تمامی دانشجویان بایستی تا قبل از شروع آموزش بالینی واحدهای نظری را گذرانده باشند. به نظر دانشجویان فاصله‌ی زیاد بین دروس نظری و کار بالینی باعث شده که آن‌ها خیلی از مفاهیم را فراموش نمایند به باور دانشجویان برخی از واحدهای نظری کاربردی و قابل اجرا نبوده و بایستی چیدمان واحدها در ترم‌های آموزشی مورد بازنگری قرار گیرد. تحقیقات نشان داده که دانشجویان نیازمند آمادگی قبل از ورود به کلینیک هستند (۱۸). از این رو در بین واحدهای پیش از

کلینیک ارایه‌ی واحد مشاهده‌ی بالینی با هدف آمادگی دانشجو برای حضور در کلینیک و شروع آموزش بالینی صورت می‌گیرد اما دانشجویان بیان داشتند که این واحد موثر نبوده و نیازهای آن‌ها را برآورده ن ساخته است. به اعتقاد آن‌ها دلیل این موضوع سازماندهی نادرست این واحد است که باعث شده تعداد جلسات آن کم باشد، دانشجو نقش غیر فعالی در طی مشاهده‌ی بالینی داشته باشند و مربیان نیز نظارت کمی بر دانشجویان داشته باشند و کمتر به این واحد اهمیت دهند. تجربه دانشجویان مبنی بر غیر فعال بودن یافته‌ای است که با تجارب دانشجویان آمریکایی در دهه‌ی ۸۰ در مطالعات کاتزن و شالیک مطابقت دارد (۲۸ و ۱۴).

برخی از مشکلات تجربه شده در این تحقیق با برنامه‌ریزی گروه‌های آموزش کاردرمانی ارتباط داشت. شرکت کنندگان معتقد بودند که زمان شروع کلینیک‌های آموزش از ترم ششم نامناسب است و باعث خواهد شد که آن‌ها فشار بیش از حدی را در ترم‌های آخر تحمل کنند، قوانین کلینیک‌ها مشخص نیست و در برخی از کلینیک‌ها از مربیان کم تجربه و تازه فارغ التحصیل استفاده می‌شود. به طور کلی نبود یک برنامه‌ی آموزش بالینی ساختارمند از ضعف‌های گروه‌های آموزش کاردرمانی است.

تجربه‌ی دانشجویان در مراکز سلامت روان و در محیط‌های کلینیکی خارج از دانشکده نشان داد که حضور کاردرمانگران دیگر در محیط می‌تواند تاثیرات مثبت یا منفی بر روند آموزش بالینی داشته باشد. همچنین شناخت و نگرش نادرست سایر پرسنل نسبت به خدمات کاردرمانی باعث می‌شد تا دانشجویان شاهد ارجاع‌های نامناسب بیماران به کاردرمانی و در نظر نگرفتن کاردرمانی در تیم درمانی باشند. دلیل این مشکلات می‌تواند نبود شرح وظایف مشخص برای کاردرمانگران مقیم مرکز و تعامل ضعیف دانشکده با مراکز آموزش بالینی باشد. ویژگیهای فیزیکی محیط‌های آموزش نیز بر تجارب شرکت کنندگان موثر بود به طوری که آن‌ها از کمبود وسایل و امکانات

بیشتر در مورد هریک از مفاهیم به دست آمده و نیز روابط بین آن‌ها و همچنین مطالعه‌ی تجارب مربیان، مدیران گروه‌های آموزشی و سایر عوامل درگیر به منظور استخراج فرآیند آموزش بالینی در این زمینه پیشنهاد می‌گردد.

تقدیر و تشکر

محققین بر خود لازم می‌دانند از تمامی دانشجویانی که در این مطالعه شرکت نموده و تجربیات خودشان را در اختیار قرار دادند قدردانی و تشکر نمایند. همچنین از حمایت‌ها و راهنمایی‌های مدیران گروه‌های آموزشی کاردرمانی در دانشکده‌های توانبخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی سپاس‌گزاری می‌گردد.

References

- 1- Christie B A, Joyce P C, Moeller P L. Fieldwork experience, Part1: impact on practice preference. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1985; 39(10): 671-674.
- 2- Gaipman B, Anthony A. Contracting in fieldwork education: The model of self-directed learning. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1989; 56(1): 10-14.
- 3- Henderson A, Twentyman M, Heel A, et al. Students' perception of the psycho-social clinical learning environment: an evaluation of placement models. *Nurse Education Today*. 2006; 26(7): 564-571.
- 4- Cohn E S, Crist P, Back to the future: new approaches to fieldwork education. *The American Journal of Occupational Therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*. 1995; 49(2): 103.

و همین‌طور کمبود فضا، عدم تناسب بین تعداد دانشجویان و فضای کلینیک و تعداد کم بیماران شکایت داشتند و معتقد بودن که وجود بیماران با تشخیص‌های متنوع در مراکز می‌تواند تاثیر مثبتی بر آموزش بالینی داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که دانشجویان کاردرمانی در اولین حضور خود در آموزش بالینی تجربه خوشایندی نداشته و با مشکلاتی مواجه هستند. پژوهشگران توصیه می‌کنند که مسوولین در برنامه‌ریزی‌های آموزشی، ضمن توجه به بازخوردها و نقطه نظرات دانشجویان، مصادیق سه مفهوم کلیدی حاصل از این مطالعه را مورد توجه قرار دهند. مطالعات

- 5- Kramer P, Stern K. Approaches to improving student performance on fieldwork. *American Journal of Occupational Therapy*. 1995; 49(2): 156-159.
- 6- Hays C. *Statement: purpose and value of occupational therapy fieldwork education*. *American Journal of Occupational Therapy*. 1996; 50(10): 845.
- 7- Missiuna C, Polatajko H, Ernest-Conibear M. Skill acquisition during fieldwork placements in occupational therapy Canadian. *Journal of Occupational Therapy*. 1992; 59(1): 28-39.
- 8- Cohn E S. Fieldwork education: professional socialisation, in Willard and Spackman's occupational therapy H. Philadelphia: lippincott; 1993
- 9- McKay E A, Ryan S. Clinical reasoning

through story telling: examining a student's case story on a fieldwork placement. *British Journal of Occupational Therapy*. 1995; 58(6): 234-238.

10- Cohn E S. Fieldwork education: Shaping a foundation for clinical reasoning. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1989; 43(4): 240-244.

11- Greenstein L R. Student anxiety toward level II fieldwork. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1983; 37(2): 89-95.

12- Christie B A, Joyce P C, Moeller P L. Fieldwork experience, Part 2: The supervisor's dilemma. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1985; 39(10): 675-681.

13- Snow T. Mitchell M M. Administrative patterns in curriculum-clinic interactions. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1982; 36(4): 251-256.

14- Kautzmann L N. Perceptions of the purpose of Level I fieldwork. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1987; 41(9): 595-600.

15- Meyers S K. Program evaluations of occupational therapy Level II fieldwork environments: A naturalistic inquiry. *Occupational Therapy Journal of Research*. 1989; 9(6): 347-361.

16- Swinehart S, Meyers S K. Level I fieldwork: Creating a positive experience. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1993; 47(1): 68-73.

17- Tompson M, Ryan A. Influences on students during their early fieldwork placements. *Canadian Journal of Occupational Therapy*.

1996; 63(3): 173-182.

18- Mulholland S, Derald M. An early fieldwork experience: student and preceptor perspectives. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2007; 74(3): 161-171.

19- Rassafiani M, Zeinali R. Occupational therapy in Iran. *Therapies and Therapeutic Technology. Iranian Rehabilitation Journal*. 2013;impress .

20- Fallahpour M. A review on occupational therapy in Iran. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2004; 2(2): 5-8.

21- Downe-Wamboldt B. Content analysis: Method, applications, and issues. *Health care for women international*. 1992; 13(3): 313-21.

22- Cavanagh S. Content analysis: concepts, methods and applications. *Nursing Standard*1997; :5-16.

23- Graneheim U H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24(2): 105-112.

24- Beltran R O, Scanlan JN, Hancock N, et al. The effect of first year mental health fieldwork on attitudes of occupational therapy students towards people with mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2007; 54(1):42-48.

25- Penny N H, Kasar J, Sinay T, Student attitudes toward persons with mental illness: The influence of course work and Level I fieldwork. *American Journal of Occupational Therapy*. 2001; 55(2): 217-20

26- Mitchell M M, Kampfe C M. Coping

strategies used by occupational therapy students during fieldwork: An exploratory study. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1990; 44(6): 543-550.

27- Scheerer C R. Perceptions of effective professional behavior feedback: Occupational therapy student voices. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2003; 57(2): 205-214.

28- Shalik L D. The level I fieldwork process. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1990. 44(8): 700-707.

Occupational Therapy Students' Experiences of the First Fieldwork Education: A Qualitative Study

Rezaee M^{1,2}, Khankeh H³, Rassafiani M⁴, Hoseini M.A⁵

¹PhD candidate of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

²Occupational Therapy Department, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁴Occupational Therapy Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁵Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Rassafiani M, Occupational Therapy Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Email: m.rassafiani@uswr.ac.ir

Received: 6 Feb 2013 **Accepted:** 23 Sep 2013

Background and Objective: Clinical education is a major component of the occupational therapy curriculum that enables students to experience professional roles in a real environment. This research was conducted to find out student's experiences in the first fieldwork education

Materials and Methods: In this qualitative study, semi-structured interviews were performed with fourteen occupational therapy students which had passed the first semester of clinical education in three departments at Shahid Beheshti and Tehran Medical Sciences Universities and the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. The interviews were transcribed line by line and were analyzed according to Graneheim's content analysis approach.

Results: Interviews analyzed and three main themes were identified: educators and clinical education, educational program and educational environment. Subthemes include importance of initial sessions, experience of communicate with trainees, need to supervision and feedback, completing documentation, lecture as educational strategy, variation in student clinical evaluation, gap between theoretical units and clinical education, clinical observation unit as ineffective course, role of planning, settings and its physical structure, and staff as influencing factors.

Conclusion: The findings of this study showed that occupational therapy students have experienced problems in their first sessions at educational clinics. Therefore, occupational therapy educational programmers provide further efforts to address these problems. Further studies are also necessary to clarify the experiences of educators, administrators and other factors involved in this field.

Keywords: *Clinical Education, Occupational Therapy Student, Qualitative Research*